

**Propiedades psicométricas de la adaptación argentina del
Inventario de Alianza de Trabajo breve - versión paciente
(WAI-SR-A): un análisis factorial confirmatorio**
*Psychometric Properties of the Argentinean Adaptation of the
Working Alliance Inventory, Short Version – Patient’s Form
(WAI-SR-A): A Confirmatory Factor Analysis.*

Gómez Penedo, Juan Martín¹
Waizmann, Vanina²
Roussos, Andrés J.³

¹Licenciado en Psicología (Universidad de Belgrano), Especialista en Psicoterapia (Aiglé - Universidad Nacional de Mar del Plata), becario doctoral del CONICET y doctorando de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

E-Mail juanmartin.gomez@comunidad.ub.edu.ar

²Licenciada en Psicología (Universidad de Belgrano), Especialista en Psicoterapia Individual y Grupal (Aiglé – Universidad Maimónides) Doctora en Psicología (Universidad de Buenos Aires).

E-Mail vaninawa@gmail.com

³Licenciado en Psicología (Universidad de Belgrano) y Doctor en Psicología (Universidad de Belgrano). Profesor Adjunto de la cátedra Metodología de la Investigación (Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires) y Profesor Titular de la cátedra de Epistemología y Metodología de la Investigación en Psicología (Universidad de Belgrano).

E-Mail andres.roussos@comunidad.ub.edu.ar

“Agradecemos a la Dra. Mercedes Fernández Liporace y al Dr. Agustín Freiberg Hoffmann por su asesoramiento en el análisis de los datos del estudio”.

RESUMEN:

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ADAPTACIÓN ARGENTINA DEL INVENTARIO DE ALIANZA DE TRABAJO BREVE - VERSIÓN PACIENTE (WAI-SR-A): UN ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO

La alianza terapéutica representa un concepto central para la investigación y el ejercicio de prácticas clínicas en psicoterapia. En este estudio se presenta la adaptación argentina del Inventario de Alianza de Trabajo en su versión breve y del paciente (WAI-SR-A), junto con el análisis de sus propiedades psicométricas. Se convocó una muestra no probabilística de 153 pacientes que se encontraban realizando tratamientos con una extensión mínima de 5 sesiones. Se condujo un análisis factorial confirmatorio que aportó evidencias en favor de la validez de constructo del instrumento. Los resultados del análisis factorial fueron replicados mediante un procedimiento de *Bootstrap* utilizando 500 sub-muestras aleatorias. A su vez, se analizaron los índices α de Cronbach convencional y α de Cronbach ordinal y las correlaciones ítem-total corregidas en las dimensiones del instrumento, mostrando que el inventario y sus tres sub-escalas presentan adecuados niveles de consistencia interna y homogeneidad. Los resultados del estudio posicionan al WAI-SR-A como un instrumento válido y confiable para el análisis de la alianza terapéutica en el contexto argentino. Contar con un inventario de estas características puede favorecer el estudio empírico y seguimiento clínico de los procesos psicoterapéuticos, beneficiando tanto a psicoterapeutas como a investigadores.

Palabras clave: Alianza terapéutica - Inventario de alianza de trabajo - WAI; Análisis factorial confirmatorio - Confiabilidad

ABSTRACT:

PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE ARGENTINEAN ADAPTATION OF THE WORKING ALLIANCE INVENTORY, SHORT VERSION – PATIENT’S FORM (WAI-SR-A): A CONFIRMATORY FACTOR ANALYSIS

The Therapeutic Alliance represents a core notion for the psychotherapy practice and research. This study presents the Argentinean adaptation of the Working Alliance Inventory in its short version and patient’s form (WAI-SR-A), as well as the analysis of its psychometric properties. A non-probabilistic sample of 153 psychotherapy patients with a minimum of 5 sessions of treatment length was used. Confirmatory Factor Analysis provided evidence of the instrument’s construct validity. The factor analysis’ results were replicated by a *Bootstrap* procedure using 500 random sub-samples. Moreover, conventional α de Cronbach, ordinal α de Cronbach, and item-total correlations were analyzed, displaying evidence of internal consistency and homogeneity of the inventory and its three sub-scales. The results of this study position the WAI-SR-A as a valid and reliable instrument to measure the Therapeutic Alliance in the Argentinean context. Having an instrument of these features could facilitate the empirical study and clinical monitoring of psychotherapeutic processes, benefiting both clinicians and researchers.

Keywords: Therapeutic alliance - Working alliance Inventory – WAI - Confirmatory factor analysis - Reliability.

INTRODUCCIÓN

Marcado en su origen por las teorías psicoanalíticas, el concepto de alianza terapéutica fue por primera vez mencionado por Zetzel (1956) al intentar diferenciar los aspectos reales de los transferenciales en las relaciones surgidas en el contexto de la psicoterapia entre paciente y analista. Esta génesis psicodinámica del constructo presenta antecedentes que se remontan a artículos del mismo Freud, como es el caso del trabajo *Sobre la dinámica de la transferencia*, donde el autor explicita la importancia de que exista un afecto mutuo y una relación de cordialidad entre paciente y terapeuta para el desarrollo adecuado del análisis.

Entre las teorizaciones surgidas en el marco psicoanalítico, una de las más destacadas fue la realizada por Luborsky (1976), quien sugirió una conceptualización dinámica de la alianza, un fenómeno que para el autor presentaría modificaciones en función de las distintas fases del tratamiento y las demandas respectivas. De esta forma, la alianza terapéutica según Luborsky se divide en dos tipos. La alianza de Tipo 1, predominante en las etapas iniciales del tratamiento, implica la visión que tiene el paciente del terapeuta como una figura de ayuda y apoyo. La alianza de Tipo 2, que surge en forma más evidente en las etapas finales de la terapia, representa el sentimiento de que paciente y terapeuta se encuentran trabajando juntos para mejorar la condición del paciente (Luborsky 1976).

Posteriormente, el interés de distintos marcos teóricos por el rol de variables relacionales en el proceso terapéutico ha hecho que la noción de alianza trascendiera las teorizaciones psicoanalíticas, generalizándose a otros marcos y propuestas terapéuticas. En esta línea, Bordin (1979) diseñó una definición de la alianza más amplia y de naturaleza trans-teórica. Bordin sostiene que la alianza terapéutica es la relación de colaboración entre paciente y terapeuta, y afirma que se encuentra constituida por tres componentes fundamentales: (a) la calidad del vínculo entre paciente y terapeuta, (b) el acuerdo entre ambos respecto de las tareas a realizar en terapia y, finalmente, (c) el acuerdo que presentan respecto de los objetivos del tratamiento.

A partir de la definición establecida por Bordin, nuevas aproximaciones han surgido, intentando enriquecerla, como es el caso de la definición multidimensional de Gaston (1990 citado en Crits-Christoph y Connolly Gibbons, 2003), que piensa a la alianza terapéutica conformada por cuatro factores que presentan cierta independencia entre sí: (a) la capacidad del paciente de trabajar en terapia con un sentido y un propósito; (b) el vínculo afectivo del paciente con el terapeuta; (c) el compromiso del terapeuta y su capacidad de entender empáticamente al paciente; (d) el acuerdo entre paciente y terapeuta respecto de las tareas y fines de la terapia.

De esta manera, con el paso de los años han proliferado un conjunto muy amplio de definiciones y conceptualizaciones para dar cuenta de este constructo, y se han publicado diversas revisiones bibliográficas orientadas a sintetizar el nutrido escenario que constituye la noción de alianza en la aplicación y estudio de tratamientos (Para una revisión en castellano, ver Etchevers, Garay, Korman, González y Simkin, 2012). En paralelo, también se han creado una variedad muy amplia de instrumentos para operacionalizar el constructo y estudiarlo empíricamente.

Esta diseminación y multiplicación de teorías e instrumentos en relación a la alianza, en parte se

debió a que en las últimas décadas un volumen muy grande de investigaciones de proceso-resultado han posicionado a la alianza terapéutica como uno de los principales y más robustos predictores de cambio en psicoterapia (Horvath, Del Re, Flückiger y Symond, 2011), siendo, por este motivo, una de las variables de proceso más estudiadas en la historia de la investigación en psicología clínica.

No obstante, a pesar de la diversificación teórica y metodológica, la definición original de Bordin es la que ha presentado, tanto histórica como contemporáneamente, mayor consenso en la literatura científica al momento de conceptualizar el fenómeno de la alianza terapéutica (Waizmann y Roussos, 2011), siendo, a su vez, una de las que más ha sido utilizada como base conceptual para la construcción de instrumentos para medir la alianza (Crits-Christoph y Connolly Gibbons, 2003).

Corbella y Botella (2003) realizaron una síntesis en la que pudieron localizar más de 20 instrumentos orientados a evaluar la alianza terapéutica. De todos ellos, el Inventario de Alianza de Trabajo (WAI, por sus siglas en inglés) desarrollado en base a la definición multidimensional de Bordin, se ha convertido en el instrumento más utilizado a nivel mundial para estudiar la alianza terapéutica (Horvath, Del Re, Flückiger y Symond, 2011).

Sin embargo, en Latinoamérica aún son pocas las adaptaciones de este instrumento a los contextos específicos de la región. Si bien en Argentina se ha realizado una adaptación del inventario en su versión para observadores externos (Waizmann y Roussos, 2011), al momento no se ha presentado una adaptación de la WAI para ser completada por el paciente.

Contar con instrumentos en castellano, validados en nuestro contexto, puede ser una herramienta muy valiosa, no solo para el estudio de este fenómeno vinculado a otros del proceso y a los resultados, sino también para el desarrollo clínico. La utilización de instrumentos validados en nuestra región puede fomentar la investigación sobre alianza y, al mismo tiempo, servir para que los terapeutas tengan una forma de medir la relación con sus pacientes, pudiendo operar sobre ésta en caso de considerarlo necesario. Por otra parte, la importancia de contar con una adaptación de un instrumento como el WAI en su versión paciente, se ve potenciada por el hecho de que la alianza medida a partir de la visión del paciente es la que ha mostrado mayor capacidad predictiva respecto de los resultados del tratamiento (por sobre la alianza medida a través de la perspectiva del terapeuta o de jueces externos) (Hatcher y Gillasp, 2006).

El objetivo de este artículo es presentar el Inventario de Alianza de Trabajo breve - versión paciente (WAI-SR-A, por las siglas en inglés de *Working Alliance Inventory – Short Revised – Argentina*), adaptado al contexto socio-cultural argentino. A su vez se analizarán las propiedades psicométricas del instrumento en una muestra de pacientes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires buscando evidencias de validez de constructo y consistencia interna.

Métodos.

Para el desarrollo del WAI-SR-A versión paciente, se utilizaron como base los ítems del Inventario de Alianza de Trabajo - versión observador (WAI-O-A), previamente traducido al castellano y adaptado al contexto argentino por Waizmann y Roussos (2011), mostrando buenas propiedades psicométricas.

El Inventario de Alianza de Trabajo - versión paciente y el Inventario de Alianza de Trabajo - versión observador representan el mismo instrumento, solo que la primera versión está orientada a ser administrada a pacientes en procesos psicoterapéuticos y la segunda a jueces externos que deban analizar tratamientos de terceros. Por ello, para construir los ítems del WAI-SR-A, se modificaron los ítems del WAI-O-A, adecuándolos para ser administrados a pacientes en vez de a jueces externos. A modo de ejemplo, uno de los ítems del WAI-O-A como “*El cliente tiene confianza en la habilidad del terapeuta para ayudarlo*”, fue traducido en “*Confío en la habilidad de mi terapeuta para ayudarme*” para su inclusión dentro del WAI-SR-A.

En la Tabla 1 se presentan los ítems de la versión final del WAI-SR-A versión paciente, cuyas propiedades psicométricas fueron estudiadas y serán presentadas en este estudio.

Participantes.

La muestra del estudio estuvo integrada por 153 sujetos que se encontraban realizando un tratamiento psicoterapéutico con una extensión mínima de 5 sesiones al momento de la toma. Para la convocatoria de la muestra se utilizó una estrategia no probabilística de bola de nieve, a través de difusión universitaria y medios de internet. Todos los participantes del estudio fueron argentinos. El rango de edad osciló entre los 18 y 65 años, con una media de edad de 33 años ($SD = 10.08$). Del total de la muestra el 40.6% sostuvo ser estudiante y el 82.9% manifestó tener un trabajo al momento de la toma.

Al ser un estudio realizado a partir de las respuestas de los pacientes, sin intervención alguna de los terapeutas, la única medida del marco teórico de estos últimos fue la aportada a través de la percepción de los pacientes. El 50.7% de los pacientes refirieron que sus terapeutas eran psicoanalistas, el 11% dijeron que sus terapeutas eran cognitivo-conductuales, el 10.3% que eran integrativos o eclécticos, el 2.7% que eran humanístico-existenciales, el 4.8% sostuvo que pertenecían a otros marco teóricos y el 20.5% no supo clasificar el marco teórico de sus terapeutas.

En relación a la frecuencia de las sesiones, el 1.4% tenía una frecuencia mensual de sesiones en su tratamiento, el 17.1% una frecuencia quincenal, el 68.5% una frecuencia semanal, el 9.6% tenía dos sesiones por semana y el 3.4% asistía intermitentemente.

Un 10.3% de los pacientes había empezado el tratamiento hacía menos de 6 meses, un 17.8% llevaban entre 6 meses y 1 año de terapia, un 18.5% entre 1 y 2 años, 13% entre 2 y 3 años, un 18.5% entre 3 y 5 años, y un 21% llevaban más de 5 años de terapia.

Debido a que en los estudios previos en la materia no se han encontrado asociaciones significativas entre el género y los niveles de Alianza terapéutica (Rosti-Otajärvi, Mäntynen, Koivisto, Huhtala y Hämäläinen, 2014), en la presente investigación no se ha solicitado a los participantes que reportaran su género.

Materiales.

- *WAI-SR-A*: es la adaptación argentina de una versión abreviada del Inventario de Alianza de Trabajo (WAI, Hatcher y Gillaspy, 2006), un instrumento dirigido a estudiar la alianza terapéutica, diseñado en base a la definición trans-teórica de Bordin (1979). De esta forma el inventario operacionaliza los tres componentes de la alianza identificados por Bordin, en un pool de ítems (de tipo escala Likert de 7

puntos, donde el puntaje de 1 representa que “nunca” sucede lo expresado en el ítem, mientras que 7 representa que sucede “siempre”) que explora tres dimensiones de la alianza: el acuerdo en las tareas de la terapia (Sub-escala Tareas), el acuerdo respecto de los objetivos del tratamiento (Sub-escala Objetivos) y la fortaleza del vínculo emocional entre paciente y terapeuta (Sub-escala Vínculo). Mientras que el inventario original cuenta con 36 ítems, la versión breve del instrumento (WAI-SR por sus siglas en inglés) desarrollada por Hatcher y Gillaspay (2006) está integrada por 12 ítems distribuidos en las mismas tres escalas que integran el WAI. El WAI-SR ha presentado buenas propiedades psicométricas en su versión en inglés, con adecuados niveles de consistencia interna (α de la escala total = .91; α de la sub-escala de Vínculo = .90; α de la sub-escala de Tareas = .87; α de la sub-escala de Objetivos = .87) y evidencias de validez de constructo mediante un análisis factorial confirmatorio (Hatcher y Gillaspay, 2006). La estructura factorial del WAI-SR ha mostrado tres sub-escalas consistentes con la ya mencionada definición de Bordin y la versión original del WAI: sub-escalas de Vínculo, Acuerdo en Tareas y Acuerdo en Objetivos.

En un estudio preliminar de Waizmann y colaboradores, la WAI-SR-A ha presentado una fuerte correlación con otra medida de alianza terapéutica, la Escala de Negociación de Alianza Terapéutica ($r = .692, p < .001$) y con sus dos factores (WAI y Factor 1 $r = .618, p < .001$; WAI y Factor 2 $r = -.512, p < .001$), mostrando evidencias de validez externa.

Procedimientos.

Los sujetos participantes fueron invitados a formar parte de la muestra del estudio mediante mails personalizados y a través de convocatorias realizadas en diferentes redes sociales de internet. En dichas convocatorias, se explicitaban los criterios de inclusión de la muestra (ser mayor de edad y encontrarse realizando una psicoterapia con una extensión mínima de 5 sesiones) y se informaba que la participación en el estudio era completamente voluntaria y anónima. Los sujetos que aceptaron participar en el estudio, cumpliendo los criterios de inclusión, fueron dirigidos a un sitio web especializado en la recolección de información para investigaciones (SurveyMonkey.com). Luego de obtener el consentimiento informado de los participantes los mismos debían responder online los 12 ítems del WAI-SR-A y, posteriormente, debían completar algunos datos demográficos. Para realizar los análisis correspondientes al presente estudio, los ítems de interpretación negativa (Ítems 5 y 11) fueron invertidos.

Análisis de datos.

Para el análisis de los datos se utilizaron los software estadísticos SPSS versión 19.0 y AMOS versión 21.0. Se utilizaron estadísticos de contraste para valores de asimetría (zG_1) y curtosis (zG_2), y un estadístico de normalidad univariante (k^2), con el fin de evaluar la distribución de los ítems. Debido a que las tres sub-escalas del inventario tienen un amplio consenso teórico y sustento empírico en distintas partes del mundo, para el estudio de la validez de constructo se condujo un análisis factorial confirmatorio en base a estas tres sub-escalas. Producto de la imposibilidad de asumir una distribución normal de los ítems (punto que se detallará en el apartado de resultados) se seleccionó el método de Mínimos Cuadrados no Ponderados (ULS) para realizar dicho análisis. En función de los 27 parámetros que se debían estimar

para este modelo (9 cargas de regresión, 3 covarianzas entre las variables latentes, 3 varianzas de las variables latentes y 12 varianzas de los errores) el número de sujetos muestrales ($n = 153$) cumple el requerimiento de utilizar entre 5-20 participantes por parámetro a estimar. Se aplicó, a su vez, un procedimiento de *Bootstrap* utilizando 500 sub-muestras aleatorias con un intervalo de confianza al 90%, mediante el método percentil sesgo corregido. Para evaluar la validez convergente y discriminante de los factores se analizaron las correlaciones entre los mismos. La consistencia interna de los puntajes totales de la escala y de las tres sub-escalas se analizó mediante el clásico índice α de Cronbach y el índice α de Cronbach ordinal, basado en las matrices de correlaciones policóricas (Hoffmann, Stover, de la Iglesia y Fernández Liporace, 2013). Para analizar la homogeneidad de los ítems se realizaron correlaciones ítem-total corregidas.

Resultados

Estadísticos Descriptivos.

En la Tabla 1 se presenta la media y desvío estándar de los ítems, junto con los contrastes zG_1 , zG_2 y k^2 . En los estadísticos zG_1 y zG_2 , los puntajes inferiores a -1.96 o superiores a 1.96, permiten rechazar la hipótesis nula de que la distribución del ítem es simétrica (en el caso del estadístico zG_1) y la hipótesis nula de que la distribución es mesocúrtica (a partir del estadístico zG_2). Asimismo, valores superiores a 5.99 en el estadístico de contraste k^2 permiten rechazar la hipótesis nula de que los ítems presentan una distribución normal univariada. Como se observa en la Tabla 1, en todos los ítems se rechaza la hipótesis de simetría y normalidad univariada, mientras que solo en dos ítems no es posible rechazar la hipótesis de que presentan una distribución mesocúrtica. Por ende, se decidió no asumir el supuesto de normalidad en la distribución de los ítems para la selección de los análisis posteriores.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de los ítems

ITEMS	<i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>zG</i> ₁	<i>zG</i> ₂	<i>k</i> ²
1. Siento que mi terapeuta me aprecia.	5.56 (1.42)	-5.00	1.63	27.60
2. Estamos de acuerdo acerca de lo que es importante que yo trabaje en terapia.	5.80 (1.17)	-5.67	3.31	43.12
3. Lo que hacemos en terapia me brinda nuevas maneras de mirar mi problema.	5.79 (1.14)	-7.34	6.77	99.66
4. Creo que le agrado a mi terapeuta.	5.35 (1.44)	-5.05	2.16	30.20
5. Mi terapeuta no entiende lo que estoy tratando de lograr en la terapia.	6.33 (1.07)	-11.78	16.65	416.19
6. Confío en la habilidad de mi terapeuta para ayudarme.	6.20 (1.01)	-8.75	9.30	163.10
7. Mi terapeuta y yo estamos trabajando para lograr objetivos mutuamente acordados.	5.54 (1.80)	-6.54	1.52	45.07
8. Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo sobre las cosas que necesito hacer en terapia para ayudarme a mejorar mi situación.	5.75 (1.26)	-7.77	7.00	109.36
9. Mi terapeuta y yo confiamos el uno en el otro.	5.94 (1.22)	-8.72	9.56	167.40
10. Hemos llegado a un buen entendimiento del tipo de cambios que serían buenos para mí.	5.75 (1.21)	-8.37	8.62	144.44
11. Mi terapeuta y yo parecemos tener ideas diferentes acerca de cuáles son mis problemas.	5.98 (1.06)	-9.53	12.25	240.81
12. Creo que la manera en que estamos trabajando mi problema es correcta.	5.79 (1.10)	-6.47	5.91	76.78

Validez de Constructo.

Debido a que no se ha podido asumir el supuesto de normalidad en los ítems, para el análisis factorial confirmatorio se utilizó el método de Mínimos Cuadrados no Ponderados (ULS) ya que permite estimar los parámetros del modelo sin asumir el supuesto de distribución normal de los ítems.

Para evaluar la bondad de ajuste del modelo propuesto se utilizaron los siguientes índices: *Goodness of Fit Index* (GFI), *Adjusted Goodness of Fit Index* (AGFI), *Normal Fit Index* (NFI), *Relative Fit Index* (RFI) y *Standardized Root Mean Square Residual* (RMR). Los resultados de los índices mostraron una excelente bondad de ajuste del modelo a los datos (GFI = .979; AGFI = .968; NFI = .967; RFI = .958; SRMR = .072). Los criterios más estrictos para evaluación de la bondad de ajuste en modelos de ecuaciones estructurales establecen que los valores de GFI, AGFI, NFI y RFI deben ser superiores a .95, mientras que el SRMR debe ser inferior a .08. De esta forma, el modelo establecido alcanzó todos los valores recomendados de bondad de ajuste para los índices estudiados.

Por otra parte, como se puede observar en la Figura 1, las cargas de regresión del modelo se ubicaron todas entre .42 y .89, lo que implican valores aceptables (Stover, Uriel y Fernandez Liporace, 2012).

El procedimiento *Bootstrap*, presentando en la Tabla 2, aportó evidencia en favor de la estabilidad de los resultados del análisis factorial confirmatorio. Mediante este procedimiento todas las cargas de regresión

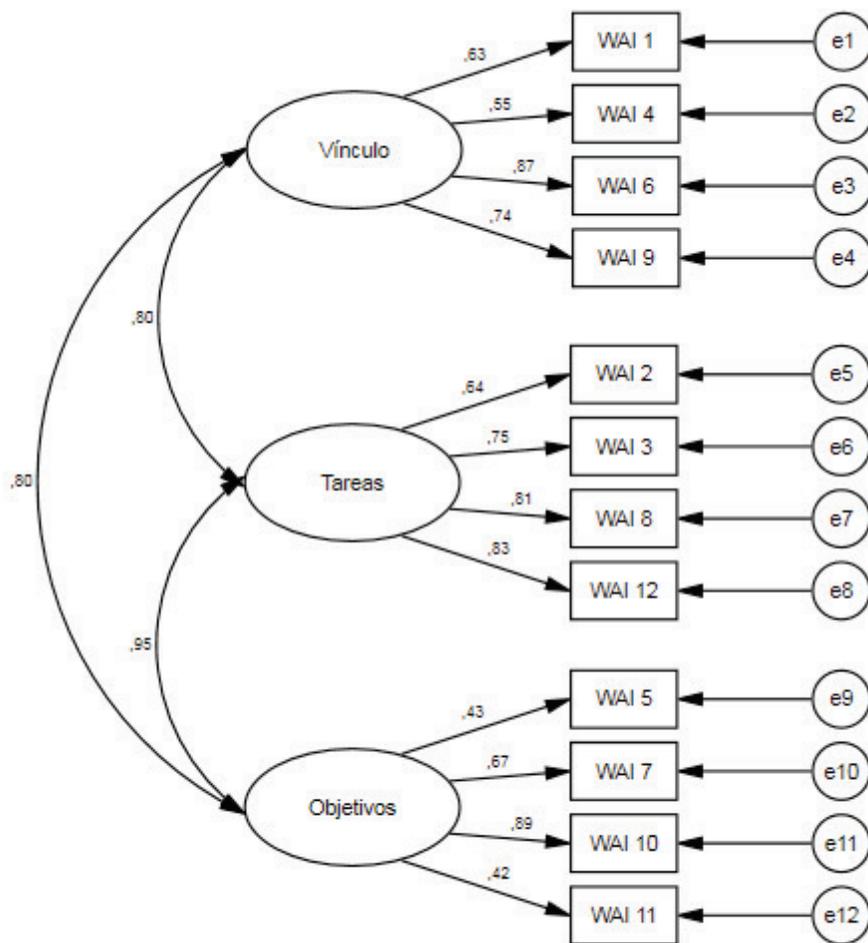


Figura 1. Parámetros estimados estandarizados del WAI-SR-A

estandarizadas de los ítems sobre las sub-escalas fueron estadísticamente significativas ($p < .05$).

Tabla 2. Cargas de regresión estandarizadas obtenidos mediante el procedimiento *Bootstrap*

Parámetros	Carga estimada	Inferior	Superior	<i>p</i>
WAI1 <--- Vínculo	.630	.498	.727	.004
WAI4 <--- Vínculo	.555	.407	.687	.005
WAI6 <--- Vínculo	.865	.738	.956	.004
WAI9 <--- Vínculo	.743	.621	.829	.005
WAI2 <--- Tareas	.636	.438	.740	.010
WAI3 <--- Tareas	.747	.641	.831	.003
WAI8 <--- Tareas	.807	.711	.882	.005
WAI12 <--- Tareas	.833	.714	.907	.005
WAI5 <--- Objetivos	.428	.292	.568	.007
WAI7 <--- Objetivos	.673	.555	.787	.003
WAI10 <--- Objetivos	.894	.838	.951	.001
WAI11 <--- Objetivos	.418	.266	.558	.005

En la Tabla 3 se presentan las correlaciones entre los tres factores de la escala, como evidencia de validez convergente y discriminante. Correlaciones por encima de .85 suelen ser interpretadas como evidencia de validez convergente (ambos factores representan un mismo constructo), mientras que aquellos valores de correlación que se encuentran por debajo de .50 indican que los factores representan diferentes constructos. Por otra parte, correlaciones ubicadas en el rango entre .50 y .85 sugieren la independencia de los factores (Hoffmann, de la Iglesia, Stover y Fernández Liporace, 2014).

Tabla 3. Correlaciones entre los factores obtenidas mediante el procedimiento *Bootstrap*.

Parámetros	<i>r</i>	Inferior	Superior	<i>p</i>
Vínculo <--> Tareas	.797	.661	.894	.004
Tareas <--> Objetivos	.945	.875	1.011	.008
Vínculo <--> Objetivos	.804	.645	.908	.009

Consistencia interna

Los alpha de Cronbach tanto de la escala total (α Total = .890) como de las tres sub-escalas (α Vínculo = .772; α Tareas = .843; α Objetivos = .675) fueron adecuados (Clark y Watson, 2002). En comparación con el alpha de Cronbach tradicional, el alpha de Cronbach ordinal, calculado mediante las matrices de correlaciones policóricas, presentó una leve mejoría tanto en la escala total (α ordinal Total: .896), como en las tres sub-escalas (α ordinal vínculo = .775; α ordinal Tareas = .844; α ordinal Objetivos = .684).

Homogeneidad

En las correlaciones ítem-total corregidas se observaron evidencias de homogeneidad de los ítems. Dentro de la escala total, todos los ítems presentaron correlaciones ítem-total en el rango de .395-.793. En el caso de la sub-escala de Vínculo, los cuatro ítems presentaron correlaciones con el resto de la sub-escala en el rango de .507-.674, en la de Tareas en el rango de .605-.741, y en la de Objetivos en el rango de .355-.639. Que todas las correlaciones ítem-total corregidas sean superiores a .3 implica que los ítems en dicha escala o sub-escala presentan un nivel de homogeneidad adecuado, mientras que al no superar los valores el corte de .8 implica que las preguntas no son redundantes y que no deberían ser eliminadas por medir exactamente lo mismo.

Discusión

El estudio aquí descripto presenta la adaptación al contexto argentino de la escala WAI-SR-A en la versión paciente. Este inventario, cuyas dimensiones fueron identificadas por Bordin (1979) en un trabajo pionero y ampliamente estudiadas en diferentes versiones de la WAI en diversas partes del mundo (Hatcher y Gillasp, 2006; Corbella, Botella, Gómez, Herrero, Pacheco, 2011) solo había sido estudiado en Argentina en una adaptación del instrumento para observadores externos, a través de un análisis factorial exploratorio (Waizmann y Roussos, 2011). Mediante el análisis factorial confirmatorio conducido en esta investigación, se presentaron evidencias de validez de constructo acerca de las tres dimensiones de la WAI-SR-A versión paciente en la población argentina. Las medidas de bondad de ajuste del modelo factorial planteado, mostraron la adecuación del modelo confirmatorio a los datos recabados.

En cuanto a la asociación entre los factores, únicamente en el caso de la relación entre Tareas y Objetivos se alcanzó un estadístico de correlación ($r = .945$) que permita interpretar una validez convergente entre los factores. Las correlaciones entre Vínculo y Objetivos ($r = .804$), y entre Vínculo y Tareas ($r = .797$) permiten establecer, en cambio, la independencia de los factores (Hoffmann et al., 2014).

Previas investigaciones ya han señalado que las sub-escalas de Tareas y Objetivos presentan un alto grado de superposición y podrían formar parte de un solo factor que representase la naturaleza técnica de la relación terapéutica (Corbella, Botella, Gómez, Herrero y Pacheco, 2011). Por ende, como sugieren Feixas y Miró (1993) podría pensarse a la alianza terapéutica como integrada por dos dimensiones, una relacional (constituida por la fortaleza del vínculo) y otra técnica (conformada por el acuerdo de objetivos y tareas). No obstante, por el valor teórico-conceptual de los tres componentes de la alianza identificados por Bordin, en la literatura ha existido cierto consenso de mantener las sub-escalas de

Tareas y Objetivos por separado (Corbella, Botella, Gómez, Herrero y Pacheco, 2011). Los resultados de este estudio vuelven a sugerir la alternativa de repensar la estructura de la alianza terapéutica y sus componentes, con la posibilidad de pasar de un modelo de tres factores a uno de dos.

Finalmente, además de evidencias de validez de constructo, tanto los índices de consistencia interna como de homogeneidad de los ítems fueron adecuados, aportando pruebas empíricas en favor de la confiabilidad del inventario.

A partir de los resultados, se presenta al WAI-SR-A como un instrumento valioso para la exploración, desde la perspectiva del paciente, de los niveles de alianza terapéutica durante procesos terapéuticos de diferentes marcos teóricos. Por la escasa cantidad de ítems, permite una exploración sencilla, pero a su vez robusta, de este constructo y sus elementos principales.

La existencia de un instrumento con estas cualidades permite no solo contar con un método adecuado para la realización de estudios de proceso y proceso-resultados en psicoterapia, sino que también puede tener un valor clínico destacado. Siendo la alianza terapéutica el más robusto predictor de cambio en psicoterapia (Horvath Et. Al, 2011), el WAI-SR-A puede ser una herramienta valiosa para la clínica. La posibilidad de que los terapeutas evalúen con un método sencillo y rápido el estado de la alianza terapéutica puede convertirse en un recurso importante para medir la evolución del proceso terapéutico y considerar la posibilidad de realizar cambios estratégicos en el abordaje para mejorar los niveles de alianza y aumentar la probabilidad de mejorar los resultados del tratamiento en curso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BORDIN, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- CORBELLA, S. Y BOTELLA, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- CORBELLA, S., BOTELLA, L., GÓMEZ, A. M., HERRERO, O. Y PACHECO, M. (2011). Características psicométricas de la versión española del Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Anales de Psicología*, 27(2), 298-301.
- CRITS-CHRISTOPH, P. Y CONNOLLY GIBBONS, M.B. (2003) Research Developments on the Therapeutic Alliance in Psychodynamic Psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(2), 332-349.
- ETCHEVERS, M., GARAY, C., KORMAN, G.P., GONZÁLEZ, M.M. Y SIMKIN, H. (2012). Principales desarrollos y enfoques sobre alianza y relación terapéutica. *Anuario de investigaciones*, 19(1), 225-232.
- FEIXAS, G. Y MIRÓ, M.T. (1993) *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- HATCHER, R.L. Y GILLASPY, J.A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12-25. doi:10.1080/10503300500352500
- HOFFMANN, A.F., DE LA IGLESIA, G., STOVER, J.B. Y FERNÁNDEZ LIPORACE, M. (2014). Paradoxical Personality Scale: Its Development and Construct Validity Analysis. *International Journal of Psychological Research*, 7(1), 49-72.
- HOFFMANN, A.F., STOVER, J.B., DE LA IGLESIA, G. Y FERNÁNDEZ LIPORACE, M. (2013). Correlaciones policóricas y tetracóricas en estudios factoriales exploratorios y confirmatorios. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 151-164.
- HORVATH, A.O., DEL RE, A.C., FLÜCKIGER, C. Y SYMONDS, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. doi:10.1037/a0022186

LUBORSKY, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.

ROSTI-OTAJÄRVI, E., MÄNTYNEN, A., KOIVISTO, K., HUHTALA, H. Y HÄMÄLÄINEN, P. (2014). Predictors and impact of the working alliance in the neuropsychological rehabilitation of patients with multiple sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences*, 338(1-2), 156–161. doi:10.1016/j.jns.2013.12.039

STOVER, J.B., URIEL, F. Y FERNÁNDEZ LIPORACE, M. (2012). Inventario de estrategias de aprendizaje y estudio: análisis psicométricos de una versión abreviada. *Revista Argentina de Ciencias Del Comportamiento*, 4(3), 4–12.

WAIZMANN, V. Y ROUSSOS, A. (2011). Adaptación de inventario de alianza de trabajo en su versión observador: WAI-O-A. *Anuario de Investigaciones*, 18, 95–104.

ZETZEL, E.R. (1956). Current concepts of transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-375.